

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Dieser wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Name: _____ Vorname: _____
 Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
 Telefon: _____ Mobil: _____
 Email: _____
 Hausarzt/Anschrift/Tel.: _____

	Ja	Nein	Bemerkung
--	----	------	-----------

Waren Sie innerhalb der letzten fünf Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung? Ja Nein _____

Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar, ASS, Plavix)? Ja Nein _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? Ja Nein _____

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Ja Nein _____
 Wenn ja, welche?

Blutdruck? niedrig normal hoch liegt bei: _____

Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? Ja Nein _____

- Angeborene oder erworbene Herzfehler? Ja Nein _____
- Herzklappenfehler oder-ersatz (künstliche Herzklappe)? Ja Nein _____
- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? Ja Nein _____
- Herzoperationen (z.B Stent-OP)? Ja Nein _____
- Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein _____
- Sonstiges Ja Nein _____

	Ja	Nein	Bemerkung
--	----	------	-----------

Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|-------|
| • Diabetes (Zuckerkrankheit, Typ 1 oder 2)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Krebsleiden? Wenn ja, welcher Typ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Haben Sie sich einer Strahlen- und/oder Chemotherapie unterzogen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Osteoporose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Nehmen oder nahmen Bisphosphonate zu sich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Erkrankungen des Blutes (z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen, Neigung zu blauen Flecken)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Asthma/Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Nervenerkrankungen/Gelbsucht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Rheuma/rheumatisches Fieber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Magen-Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| • Immunschwäche (AIDS) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Bestehen zur Zeit sonstige Erkrankungen? Ja Nein _____

Leiden Sie unter Allergien? Ja Nein _____

Besteht eine Schwangerschaft?
Wenn ja, welche Woche? Ja Nein _____

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?
(Datum, Organ) Ja Nein _____

X _____
Datum, Unterschrift